

<問診票>

こもればクリニック

生年月日) 年 月 日 (歳) ご本人の氏名)
記入日) 年 月 日 記入者の氏名・続柄)

① ご本人の状態について

1) ご相談なされたい内容はどのようなことですか。

2) それは、いつ、どのように始まりましたか。その後の様子も含めてお書きください。

3) そのことを医療機関に相談したことがある場合、差支えない範囲で教えてください。

医療機関名	通院期間	通わなくなった理由 (あれば結構です)

4) 今回の受診はご本人の希望ですか。違う場合、ご本人にどのように説明しましたか。

* どちらかに○ 本人の希望である 本人の希望ではない

* 説明した内容

5) 睡眠について。

平均時間	時間 分
就寝時間～起床時間	時 分～ 時 分
寝つき	良い 悪い (悪い場合) 分
夜中に起きる	起きない 起きる (回数)
備考・その他	

6) 食事・間食について。

朝食 (時間・量)	時、(平均的な量： 少 普通 多)
昼食 (時間・量)	時、(平均的な量： 少 普通 多)
夕食 (時間・量)	時、(平均的な量： 少 普通 多)
おやつ (時間・量)	時、(平均的な量： 少 普通 多)
嫌い・食べられない物	
好き・よく食べる物	

7) 体質について。

アレルギー	なし あり ()
初潮	なし いつ ()
月経 (生理) に伴う気分の落ち込み・イライラ	なし あり (2週間前から 1週間前から 3日前から その他)
体の不調やクセなど	頭痛 腹痛 下痢 便秘 嘔気 嘔吐 夜尿 夜泣き 夜驚 けいれん 頻尿 発熱 緊張 指しゃぶり 偏食 食欲不振 その他 ()

8) 今までに、大きな病気や怪我や手術があれば、時期も含めてお書きください。また、妊娠・出産のご経験があれば、時期も含めてお書きください。

9) 服用している薬について詳しくご記入ください（書ききれない時はお薬手帳を確認させてください）

薬の名前	量	用法（朝・夕食後など）	いつから

10) 身辺自立について当てはまる項目に○をしてください。

食事	自立（道具：）	一部介助	全介助
着替え	自立	一部介助（）	全介助
排泄（小）	自立	一部介助（）	全介助
排泄（大）	自立	一部介助（）	全介助

11) 運動について当てはまる項目に○をしてください。

手先の動き	器用	年齢相応	不器用
	小さい物をつまめる 積み木を上積みする ブロック遊びができる はさみが使える 折り紙が折れる ビーズを紐に通せる ボタンがはめられる フォーク・スプーンが使える 箸が使える クレヨンや鉛筆で殴り書きをする クレヨンや鉛筆で絵や文字を書く		
体の動き	器用	年齢相応	不器用
	左右の足を交互に階段を昇降できる 走れる ジャンプできる スキップできる 縄とびが跳べる 逆上がりができる よく転ぶ		
備考・その他			

13) 嗜好品について詳しく記入してください。

種類	内容	量	何歳から
アルコール			
タバコ			
その他（薬物、ドリンク剤など）			

14) 学習について、当てはまる項目があれば○をしてください。過去に問題があった場合もご記入ください。

全般的に学習は	得意	一部不得意	苦手
好き・得意な科目 (科目、理由)			
嫌い・苦手な科目 (科目、理由)			
文字を読むこと	問題あり () 問題なし
文字を書くこと	問題あり () 問題なし
計算	問題あり () 問題なし
備考・その他			

15) どのような性格ですか。幼少期～現在まで、変化があればそれをご記入ください。

②子ども時代の発達

こもればクリニック

*この欄は重要です。親御さんからの情報や母子手帳などの記録を確認してご記入ください。

1) 妊娠前～妊娠中について (お母様があなたを妊娠していた時のことです)

人工授精	あり	なし
妊娠中の異常	あり ()	なし
妊娠中の嗜好	タバコ (本/日)	アルコール (ml /日)
備考・その他		

2) 出生時について

在胎週数	週	出生時黄疸	あり	なし
出生時体重	g	新生児仮死	あり	なし
出生時身長	cm	保育器使用	あり (か月まで)	なし
栄養	母乳 (か月まで)、人工乳 (か月まで)			
主な養育者				

2) 運動発達について

首座り	か月	つかまり立ち	か月
寝返り	か月	一人歩き	か月
お座り	か月	走る	か月
ハイハイ	か月	階段上り下り(交互)	か月

4) 言語・精神発達について

あやすと笑う	か月	指さし	か月
人見知りをする	か月	単語を話す(始語)	か月 ()
人の顔を見て喃語を言う	か月	二語文を話す	か月

5) 感覚について、当てはまる項目があれば○をしてください。

項目	あれば○	何歳ごろ、どのように
音に敏感・鈍感・音感が良いなど		
匂いに敏感		
視覚が敏感 (例: 光を眩しがる、特定の模様)		
触覚が敏感 (例: 服の素材、触られるのが嫌い)		
備考・その他		

6) 行動について、あてはまる項目があれば○をしてください。

こもれびクリニック

項目	あれば○	何歳ごろ
その場でクルクル回る・ピョンピョン跳ねる		
つま先立ち歩き		
体を前後や左右に揺らす		
回る物をじっと見つめる		
夜泣きがひどい		
チック（瞬き、肩すくめ、声を出すなど）		
忘れ物や、なくし物が多い		
よく動き、落ち着きがない		

7) 情緒面について、あてはまる項目があれば○をしてください。

項目	あれば○	何歳ごろ
活発である		
おとなしい		
緊張しやすい		
初めての場面や人が苦手		
こだわり（道順、数字、マーク、儀式など）		
かんしゃくを起しやすい		

8) 教育機関についてご記入ください。

保育園 幼稚園	名称)	登園渋り	困りごと等
	加配) あり なし	あり なし	
小学校	名称)	成績	困りごと等
	特別支援) 通級 学級 学校	上 中 下	
中学校	名称)	成績	困りごと等
	特別支援) 通級 学級 学校	上 中 下	
高等 学校	名称)	成績	困りごと等
	特別支援 定時制 通信制	上 中 下	
大学・ 専門学校	名称)	成績	困りごと等
	定時制 通信制 短大 専門学校	上 中 下	

③ご家族のこと

こもればクリニック

1) 祖父母、両親、きょうだいをご記入ください。氏名は同居家族のみでも結構です。

続柄	氏名	年齢（生まれた年）	同居・別居	職業、学校（学年）

2) ご家族・ご親戚の中に病気の方がいらっしゃればご記入ください（精神的不調を含む）。
病名も、分かる範囲でお願いします。

3) ご家族内で、これまでに何か大きな出来事や変化はありましたか（例えば、離婚、別居、
単身赴任、転居、就職、転職、失業、病気療養、長期の海外渡航など）。ある場合は、
時期と出来事をご記入ください。

*質問は以上です。ご協力ありがとうございました。尚、ご記入いただいた内容はカルテに保存させてい
ただき個人情報の秘密を守ります。診療以外の目的（研究など）に使用する場合は改めて許可を得ます。
その場合、拒否することも可能です。

こもればクリニック